

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Dalam Pembukaan UUD 1945, disebutkan bahwa tujuan nasional bangsa Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut, maka dilakukan upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu, termasuk di dalamnya adalah pembangunan kesehatan.

Pembangunan bidang kesehatan merupakan wujud tanggungjawab negara sebagaimana termaktub dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan pasal 34. Kemudian disusunlah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23/1992 tentang Kesehatan. Karena sudah tidak sesuai dengan perkembangan, tuntutan dan kebutuhan hukum masyarakat, diganti dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36/2009 tentang Kesehatan.¹ Yang didalamnya ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumberdaya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan

¹ Tim Penerbit Buku Biru, 2012, *Kitab Undang-Undang Tentang Kesehatan & Kedokteran*, Diva press, Yogyakarta, Cetakan Pertama, hlm. 7-8.

kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Bagi masyarakat miskin dan tidak mampu pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan masih sulit terkendali.

Guna mengatasi hal itu, pada 2004 dikeluarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS meliputi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Kemudian dikeluarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24/2011 tentang BPJS.²

Pelaksanaan program BPJS Kesehatan yang terkesan lamban, diundangkan 25 November 2011 seharusnya peraturan pelaksanaan Undang-Undang ini ditetapkan jangka satu tahun sejak diundangkan.³ Tetapi baru 1 Januari 2014 dilaksanakan. Disamping lamban, kesan politisasi menjelang pelaksanaan Pemilu 2014 tak bisa dilepaskan dari pelaksanaan BPJS Kesehatan. Kekurangsiapan pelaksana di lapangan, banyak menuai protes di beberapa daerah, karena berbagai

² Tim Penyusun Bahan Sosialisasi dan Advokasi JKN, Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial, Nasional hlm 8-10.

³ Anonim, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24/ 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)*, Pustaka Mahardika, Yogyakarta, 2012, hlm.52.

hal. Mulai dari pelayanan yang kurang memuaskan (tidak seperti iklannya di televisi), klaim biaya operasional instansi pemberi layanan kesehatan yang lama 'cair', juga kendala tentang kisaran honor jasa dokter umum (sebagai ujung tombak fasilitas layanan primer) yang kurang memadai. Ditambah adanya pernyataan salah satu pimpinan Komite Pemberantasan Korupsi bahwa BPJS sangat rawan adanya tindak pidana korupsi.

Kaitannya dengan pelaksanaan program BPJS Kesehatan, peran dokter umum sebagai ujung tombak layanan kesehatan di masyarakat sangat penting dalam menentukan keberhasilan program BPJS Kesehatan. Dengan berbekal kompetensi yang dimiliki seorang dokter umum, kiranya berbagai penyakit yang seharusnya tidak perlu dirujuk ke Dokter Spesialis dan/ atau Rumah Sakit, dapat diselesaikan di fasilitas layanan primer. Hal ini akan menghemat biaya yang harus dikeluarkan BPJS sehingga tidak perlu berhutang kepada Rumah Sakit (seperti yang terjadi pada pelaksanaan Jamkesmas dan Jamkesda sebelumnya), karena banyaknya pasien yang dirujuk oleh dokter umum di fasilitas layanan primer.

Sebagai objek hukum kedokteran, dokter, dalam hal ini adalah aturan apa saja yang mengikat perilaku dokter yaitu dari aspek normatif ataupun seluruh peraturan tertulis yang mengikat perilaku dokter dalam menjalankan profesinya. Artinya dalam menjalankan aktivitas profesinya mulai dari awal sampai akhir melakukan kegiatan profesi, aspek hukum tidak lepas mengontrol perilaku dokter aturan hukum terus-menerus melekat dan *menata* perilaku dokter.⁴ Seorang

⁴Hari Wujoso, 2010, *Hukum Kesehatan*, Sebelas Maret University Press, Surakarta, hlm. 49.

dokter juga mendapat jaminan perlindungan hukum dalam melakukan upaya kesehatan kepada pasien. Lahirnya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29/2004 disamping menjadi dasar perlindungan hukum bagi dokter juga bagi pasien. Apalagi ilmu seorang dokter punya karakteristik yang khas yang membedakan dengan profesi lainnya, kekhasan tersebut mempunyai resiko yang besar, sedang pasien mempunyai kepercayaan yang tinggi pada profesi dokter, maka perlu diadakan perlindungan hukum untuk menjaga agar masing-masing pihak tidak terlibat konflik sosial.⁵

Sebagaimana terdapat dalam pasal 3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, bahwa tujuan diadakan pengaturan praktik kedokteran adalah memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan, dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat (pasien), dokter, dan dokter gigi.⁶

Pelaksanaan pelayanan kesehatan di lapangan, perawat, bidan atau paramedis lainnya sering mendapat pelimpahan tugas dari dokter yang berupa *mandat* (karena tanggung jawabnya tetap pada dokter).⁷ Diantaranya memberikan pelayanan pengobatan (*kuratif*) dan tindakan khusus (yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan oleh dokter) seperti pemasangan

⁵ Alexandra Indriyanti Dewi, 2008, *Etika dan Hukum Kesehatan* Pustaka Book Publisher, Yogyakarta, hlm 179.

⁶ Tim Penerbit Buku Biru, Op.Cit. hlm.141.

⁷ Anggraini Jum, 2012, *Hukum Administrasi Negara*, Graha Ilmu, Yogyakarta, Cetakan Pertama, hlm.91-92.

infus, melakukan suntikan. Dalam hal itu setiap kegagalan dalam tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter.

Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata bahwa seseorang harus memberikan pertanggungjawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya.⁸ Pasal ini sekilas dapat menjadi “perisai” hukum dan rasa aman bagi paramedis pada model praktik dokter yang melimpahkan wewenang tindakan pengobatan kepada paramedis di beberapa pusat pelayanan kesehatan, selama pelaksanaannya sesuai SOP (Standart Operational Procedure) yang ada di instansi tersebut dan selama tidak terjadi ‘human error’.

Tetapi perlu diperhatikan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, pasal 51 bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban, diantaranya memberikan pelayanan medis **sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional** serta kebutuhan medis pasien. Kemudian pada Pasal 42 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29/2004 juga dijelaskan bahwa pimpinan sarana pelayanan kesehatan dilarang mengizinkan dokter ataupun dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik untuk melakukan praktik kedokteran di sarana pelayanan kesehatan tersebut. Sedangkan di Pasal 40

⁸Syahrul Machmud, 2012, *Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum bagi Dokter yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktik*, Karya Putra Darwati, Bandung, hlm. 149 & 155.

Undang-Undang yang sama dinyatakan dokter atau dokter gigi yang berhalangan menyelenggarakan praktik kedokteran harus membuat pemberitahuan atau menunjuk dokter atau dokter gigi pengganti. Dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud harus yang mempunyai surat izin praktik.⁹

Kalau untuk praktik-praktik layanan kesehatan swasta dokter/ dokter gigi peraturannya begitu ketat, tetapi untuk layanan dari instansi pemerintah (Puskesmas, Pustu, Polindes) aturan itu seolah tidak berlaku dengan adanya Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 279/ MENKES/ SK/ IV/2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas, yang digunakan dokter umum untuk memberikan tugas limpah kepada perawat dalam layanan pengobatan pasien di poliklinik/ BP Puskesmas Rawat Jalan. Dasar hukum yang lainnya yang sering disalahgunakan adalah Permenkes Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/ PER/ X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Pasal 14 dan 16, padahal jelas-jelas dinyatakan di pasal-pasal tersebut, "di daerah yang tidak memiliki dokter, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangannya." Tetapi pada pelayanan kesehatan di puskesmas rawat jalan, aturan tersebut tetap dilakukan meskipun sudah ada dokter, bahkan lebih dari satu orang dokter.

Di sini terdapat tampak benar kebijakan pelayanan kesehatan rawat jalan di lapangan (puskesmas) yang tidak konsisten dengan aturan hukum yang

⁹ Darda Syahrizal & Nila Senjasari, *Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Aplikasinya*, Dunia Cerdas, Jakarta, hlm. 134-140.

diatasnya. Dan apabila dikaitkan dengan pelaksanaan BPJS Kesehatan yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (sebagaimana dipromosikan di televisi sejak akhir 2013 lalu), sangat tidak sesuai dengan fenomena ini. Kemudian berimbas pada besarnya anggaran yang harus dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, karena banyaknya pasien mendapat pelayanan yang kurang optimal dan lebih memilih meminta surat rujukan saja ke rumah sakit karena tidak tertangani dengan baik di puskesmas. Begitu menariknya fenomena ini, maka penulis mengambil judul penelitian “Kebijakan Pelayanan Kesehatan : Studi Kasus Pada Puskesmas Rawat Jalan Di Kabupaten Sukoharjo.”

1.2 Rumusan Masalah

Sesuai dengan fenomena di atas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kebijakan pelayanan pasien pada puskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo?
2. Mengapa terjadi kebijakan pelayanan pasien pada puskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo yang dilakukan oleh paramedis sebagai tugas limbah dalam bentuk *mandat* dari dokter?
3. Bagaimana model kebijakan pelayanan pasien pada puskesmas rawat jalan yang diharapkan?

1.3 Orisinalitas

Penelitian sebelumnya yang membahas pelimpahan wewenang yang berupa *mandat* dalam pelayanan kesehatan tetapi dalam situasi pelayanan kesehatan yang berbeda dan membawa dampak yang berbeda pula, yaitu :

1. *Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat Dalam Upaya Pencegahan Malpraktik*, penelitian oleh Wawan Rismawan, 2008, mengambil lokasi di RSUD Tasikmalaya. Sampel penelitiannya adalah dokter dan perawat dengan variabel penelitian pengetahuan, sikap, tindakan dan psikomotor dalam pelimpahan wewenang dokter kepada perawat. Dan kesimpulan penelitian tersebut adalah pelimpahan wewenang dokter kepada perawat berhubungan dengan upaya pencegahan malpraktik, belum ada dasar hukum eksplisit yang mengaturnya, perlu ada regulasi dan formula pelimpahan wewenang yang benar.¹⁰
2. *Evaluasi Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat : Tinjauan Aspek Hukum*, tesis oleh Handayaningsih Isti, Universitas Gajah Mada, 2012. Penelitian tesis ini dikhususkan untuk meneliti pengaruh pelimpahan wewenang dokter pada perawat dari aspek hukumnya, penelitian tersebut murni penelitian hukum normatif yang memang dalam hal ini terdapat ketidaksesuaian aturan hukum yang di lapangan/ pelaksanaan dengan aturan hukum di atasnya. Dan karena penelitian tersebut dibuatlah aturan

¹⁰ Rismawan, Wawan, *Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat Dalam Upaya Pencegahan Malpraktik*, 2008.

tertulis untuk pemberian tugas limbah yang berlaku di puskesmas-puskesmas daerah Sleman.¹¹

3. *Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat Dalam Tindakan Medis Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Bandung Sebagai Upaya Pencegahan Terjadinya Kelalaian*, tesis oleh Reny Suryanti, Universitas Gajah Mada, 2011. Penelitian membahas tentang pelimpahan wewenang dokter kepada perawat tetapi dikhususkan pada layanan rawat inap rumah sakit, sangat jelas fokus penelitiannya. Dalam penelitian tersebut yang diteliti justru dampak positif dari pelimpahan wewenang untuk mencegah kelalaian dalam layanan medis di ruang rawat inap. Hal ini justru amat sesuai dengan tugas-tugas keperawatan dalam beberapa tindakan keperawatan.¹²

Dibanding ketiga penelitian yang pernah dilakukan, penelitian yang akan dilakukan ini sangat berbeda, terutama fokus penelitiannya, yaitu untuk mengetahui penyebab kebijakan pelayanan kesehatan berupa tugas limbah *mandat* pengobatan pasien rawat jalan oleh dokter kepada paramedis pada puskesmas rawat jalan, padahal jumlah tenaga dokter umum relatif cukup (lebih dari 2 dokter umum pada tiap puskesmas). Disamping itu juga untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh kebijakan tersebut pada tinggi rendahnya kunjungan

¹¹Isti, Handayaningsih, *Evaluasi Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat: Tinjauan Aspek Hukum*, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2012.

¹²Suryanti, Reny, *Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat Dalam Tindakan Medis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bandung Sebagai Upaya Pencegahan Terjadinya Kelalaian*, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2011.

pasien. Maka penulis yakin bahwa penelitian ini belum pernah dilakukan sebelumnya.

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka penelitian ini mempunyai tujuan :

1. Untuk mendeskripsikan pelayanan pasien padapuskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo.
2. Untuk mengidentifikasi hal-hal yang menyebabkan terjadinya kebijakan pelimpahan tugas yang berupa *mandat* dari dokter kepada paramedis pada puskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo.
3. Menciptakan gambaran/ model puskesmas rawat jalan yang diharapkan (ideal).

1.4.2 Manfaat Penelitian

Sesuai dengan perumusan masalah dan tujuan penelitian tersebut di atas maka manfaat penelitian ini:

1. Manfaat teoritis

Dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi kemajuan hukum kesehatan, khususnya tentang pelimpahan tugas dokter kepada perawat,

bidan atau paramedis yang lain pada pelayanan kesehatan di Puskesmas rawat jalan.

2. Manfaat praktis

a. Terwujudnya jaminan kepastian hukum dalam pelayanan kesehatan karena pelayanan dilakukan oleh tenaga yang berkompeten sebagaimana seharusnya.

b. Penghematan anggaran yang harus dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan karena semakin berkurangnya angka rujukan pasien ke rumah sakit dengan dapat ditanganinya pasien cukup di Puskesmas yang pelayanannya semakin baik oleh tenaga yang berkompeten. Yaitu pengobatan oleh dokter, perawatan oleh perawat, sedang untuk hal-hal tentang kebidanan oleh bidan, dan yang berhubungan dengan fisioterapi dapat juga dilayani oleh fisioterapis.

c. Mengurangi praktik-praktik “illegal” perawat, bidan atau tenaga paramedis lainnya, karena di puskesmas mereka memberi pengobatan dan tindakan-tindakan medis lainnya (sebagai *mandat* dari dokter) ternyata aman saja, disalah-gunakan untuk praktik swasta di rumah dengan dalih “menolong” (tanpa ada *mandat* dari dokter). Padahal ditinjau dari hukum kesehatan praktik-praktik pengobatan oleh paramedis (bidan, perawat dan fisioterapis) yang bukan kompetensinya, termasuk kategori *malpraktik* yaitu *out of competence*. Diharapkan praktik-praktik tersebut tidak ada lagi, sehingga masyarakat akan

mendapat pelayanan kesehatan lebih baik; dengan begitu akan mengurangi Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD).

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan *yuridis sosiologis* yang bertitik tolak pada norma-norma hukum dalam perundang-undangan, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran beserta Penjelasannya, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan beserta Penjelasannya, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan beserta Penjelasannya; dengan kebijakan aturan hukum pelaksanaannya (aturan dibawahnya) yaitu Permenkes RI tentang keperawatan maupun Kepmenkes RI tentang praktik kebidanan.

Dilakukan pengamatan pelaksanaan aturan-aturan hukum kesehatan yang berkaitan dengan praktik pelayanan kesehatan rawat jalan di puskesmas terutama tentang tugas limbah berupa *mandat* dari dokter kepada paramedis.

Adapun bentuk penelitian adalah penelitian lapangan, dimana peneliti berusaha melihat kenyataan pelaksanaan pelayanan kesehatan rawat jalan pada puskesmas-puskesmas di Kabupaten Sukoharjo. Peneliti berusaha mengamati dan merinci faktor-faktor penyebab timbulnya pelayanan pengobatan rawat jalan di Puskesmas oleh paramedis, yang hal itu jelas sebuah tugas di luar kompetensi

mereka. Sementara jumlah dokter umum pada beberapa puskesmas relatif mencukupi. Kemudian diteliti juga tingkat kunjungan pasien di tiap puskesmas tersebut, agar bisa diketahui ada tidaknya hubungan dengan pemberi layanan pengobatan yang dilakukan oleh dokter dengan oleh paramedis, dengan tingkat kunjungan pasien.

1.5.2 Pendekatan Penelitian

Kajian pada penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif (*descriptive research*) yaitu menggambarkan dengan jelas hal-hal yang berkaitan dengan obyek penelitian, yang dimaksudkan untuk memberikan data yang sejelas mungkin tentang keadaan pelayanan di Puskesmas rawat jalan yang diteliti. Disampaikan juga berbagai hal yang menyebabkan tugas limpah berupa *mandat* dari dokter pada paramedis puskesmas yang diteliti.

1.5.3 Sumber Data

Data penelitian ini terdiri dari dua sumber, yaitu :

1. Data Primer

Data yang didapatkan langsung dari obyek penelitian, yaitu data-data dari sumber utama berupa tindakan-tindakan sosial dan pernyataan dari beberapa pihak yang terlibat dengan objek yang diteliti. Sumber data primer dalam

penelitian kualitatif adalah manusia dalam posisi sebagai narasumber atau *informan*.¹³

2. Data sekunder

Berupa bahan-bahan kepustakaan tentang hukum dan hukum kesehatan yang berkaitan dengan praktik kedokteran, praktik kebidanan, registrasi perawat dan pelayanan kesehatan primer di Puskesmas serta tentang BPJS Kesehatan. Juga beberapa data administrasi kepegawaian dan rekam medis yang berhubungan dengan permasalahan yang diteliti.

1.5.4 Metode Pengumpulan Data

Adapun metode pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi :

1. Studi kepustakaan

Yaitu teknik pengumpulan data dengan menghimpun dan menganalisis dokumen-dokumen kepustakaan sehingga menghasilkan kajian yang sistematis untuk menunjang penelitian ini. Data dan dokumen terutama yang berhubungan dengan teori-teori hukum, peraturan perundangan hukum kesehatan tentang praktik dokter/ dokter gigi, praktik perawat, dan praktik bidan, serta tentang puskesmas. Disamping itu dipelajari juga data statistik rasio ideal kebutuhan dokter umum per jumlah penduduk dan data tentang rasio dokter dengan jumlah penduduk dari tahun ke tahun, sebagai pembanding. Juga data kepustakaan

¹³. Moleong, 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*, edisi Revisi. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya. hlm 8-9.

penelitian-penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti.

2. Wawancara

Kegiatan ini dilakukan secara langsung dengan subyek hukum yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti, yaitu dokter Kepala puskesmas, dokter penanggungjawab pelayanan rawat jalan puskesmas, perawat, bidan maupun petugas-petugas lain yang bekerja di puskesmas yang dikunjungi/ diteliti. Sebelum datang ke puskesmas, telah terlebih dahulu dilakukan wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo selaku penanggungjawab secara keseluruhan pelayanan kesehatan, untuk mendapatkan gambaran umum pelayanan pada puskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo. Disamping itu sebagai data penunjang wawancara juga dilakukan kepada para pasien pengguna jasa pelayanan puskesmas rawat jalan.

3. Pengamatan

Pengamatan langsung melihat situasi sarana pelayanan kesehatan/ puskesmas yang diteliti, untuk mendapatkan data yang lebih otentik. Kegiatan ini disertai dengan pencatatan segala sesuatu yang dapat memperjelas masalah yang diteliti

1.5.5 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di dua puskesmas rawat jalan di Kabupaten Sukoharjo.

Dipilihnya Kabupaten Sukoharjo karena karakteristik penduduknya yang gambaran ekonominya mayoritas masih menengah ke bawah, diharapkan dapat mewakili gambaran mayoritas masyarakat di Indonesia. Alasan kedua, lokasi tersebut lebih terjangkau, lebih efisien dari segi tenaga, waktu dan biaya.

Adapun dipilihnya dua puskesmas, yaitu Puskesmas I Baki dan Puskesmas Kartasuro I, karena kedua puskesmas tersebut mempunyai karakteristik yang khas sesuai dengan masalah yang akan diteliti dalam hal inkonsistensi antara hukum kesehatan yang di atasnya dengan kebijakan pelayanan kesehatan di puskesmas, padahal jumlah dokter umum yang relatif cukup. Disamping itu jumlah kunjungan pasien yang perbedaannya sangat menyolok di antara kedua puskesmas.

1.5.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini meliputi instrumen utama dan instrumen penunjang. Instrumen utama adalah peneliti sendiri, sedangkan instrumen penunjang adalah rekaman dan/ atau catatan harian penelitian, dan data rekam medis serta data kepegawaian yang ada di puskesmas yang diteliti.

1.5.7 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis *descriptif kualitatif*. Dimana data-data kualitatif berupa kata-kata lisan maupun tulisan tentang tingkah laku manusia yang diamati, dicatat, direkam, kemudian disusun sebagai data penelitian.

Data penelitian yang sudah dikumpulkan, disusun, kemudian dilakukan analisis data (reduksi data). Dari data yang sudah diolah, kemudian diambil kesimpulannya.¹⁴

¹⁴ . *Ibid.*, hlm 64.